

Casuística Sacroileitis como manifestación inicial de endocarditis infecciosa

Pepermans, María; Requena, M. Andrea; Popescu, Bogdan.

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 16 años de edad que cumple criterios de Duke de endocarditis infecciosa, de evolución subaguda, de válvula aórtica, por Abiotrofia sp. que debuta con sacroileitis mejorando la misma luego de 3 semanas de inicio de antibioticoterapia. El objetivo de esta casuística es resaltar la frecuencia de las manifestaciones reumáticas como debut de endocarditis infecciosa, entre ellas la sacroileitis.

Palabras claves: endocarditis infecciosa, manifestaciones reumáticas, sacroileitis.

INTRODUCCIÓN

La endocarditis infecciosa, infección microbiana de la superficie endocárdica del corazón, se presenta frecuentemente con fiebre, debilidad, anorexia, malestar general, lesiones cutáneas, cefaleas, mialgias y artralgias.¹

Las manifestaciones reumáticas se hallan en un tercio de los pacientes con endocarditis, siendo la sacroileitis la de menor frecuencia. Se presenta un caso de endocarditis bacteriana que debuta con sacroileitis unilateral.

CASO CLÍNICO

Un paciente de sexo masculino de 16 años ingresó en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Escuela José de San Martín de Corrientes por presentar dolor lumbar y glúteo izquierdo. El paciente comenzó un mes antes de la internación con astenia, adinamia, hiporexia, pérdida de peso de 3 Kg, sudoración y sensación de cuerpo caliente, agregándose dolor lumbar izquierdo, continuo, con irradiación a glúteo homolateral, que impedía la ambulación y cedió parcialmente con AINEs. Tiene como antecedente un procedimiento odontológico 2 meses antes.

Servicio de Clínica Médica Hospital Escuela Gral. San Martín. María Pepermans, Brasil 1147. C.P. 3400. Corrientes Capital. E-mail: mariapep23@hotmail.com.

Tuvo en el examen físico soplo diastólico en foco aórtico de intensidad 2/6, esplenomegalia y dolor sacroilíaco izquierdo a la palpación.

Laboratorio de ingreso: hematocrito 40%, glóbulos blancos 8300/mm³, uremia 34 mg%, creatinina 0,67 mg%, test de latex negativo, FAN y antiDNA negativos, Huddleson, VDRL y ASLO negativos, sedimento urinario normal, radiografía de pelvis que evidenció borramiento de la interlínea en la articulación sacroilíaca izquierda. Presentó 2 criterios mayores de endocarditis: Abiotrofia sp. (variante nutricional de estreptococo) en 2 frascos de hemocultivos y ecocardiograma transtorácico que evidenció vegetación de 2x3 mm sobre válvula aórtica bicúspide, con función sistólica de ventrículo izquierdo conservada.

La resonancia nuclear magnética (RNM) de columna dorsolumbar y cadera izquierda mostró sacroileitis izquierda con edema de la esponjosa del ilíaco izquierdo, no observándose derrame articular (figura 1). Se inició tratamiento con penicilina G sódica 18.000.000 de IU/día más gentamicina 240 mg/día durante 2 semanas, rotándose posteriormente a amoxicilina 3 gr/día hasta completar 4 semanas, recibiendo concomitantemente indometacina 150 mg/día, resolviéndose el cuadro articular 3 semanas después.

DISCUSIÓN

Este caso clínico de endocarditis infecciosa reúne los criterios de Duke² (con una sensibilidad y especificidad superior al 90%), debutó con dolor lumbar y glúteo izquierdos que impedía la ambulación, motivado por una sacroileitis.

Las manifestaciones musculoesqueléticas ocurren en un 28 a 44% de los pacientes con endocarditis, siendo en un 15% la manifestación inicial, describiéndose al dolor lumbar bajo, las mialgias, artritis de cadera, rodilla, tobillo, codo, osteomielitis vertebral y artralgias como entidades más frecuentes.³ Se han reportado además, aunque con menor frecuencia las bursitis y discitis sépticas, vasculitis cutánea leucocitoclástica, sacroileitis, polimialgia reumática y arteritis de células gigantes⁴, presentando factor reumatoideo positivo en el 19% de los casos, y simulando estos procesos enfermedades reumáticas, produciendo retardo diagnóstico y terapéutico.⁵

Se describen en la literatura a los siguientes factores como altamente sospechosos de que un síntoma articular sea manifestación de endocarditis infecciosa: ausencia de enfermedad reumática previa, abuso de drogas endovenosas, sinovitis aguda de una articulación metacarpofalángica, esternoclavicular o acromioclavicular (no implicadas en las formas más comunes de artritis), poliartritis con bajo grado de fiebre y sacroileítis unilateral.

La patogenia de la afección articular en la endocarditis se asume como secundaria a embolias sépticas más que a complejos inmunes circulantes, no habiendo asociación típica entre etiología microbiana y manifestaciones articulares, describiéndose cultivos positivos de tejido óseo como de líquido articular en un 80%, destacándose los Estafilococos y Streptococos del grupo A, B y viridans.⁶

El compromiso articular se presenta con mayor frecuencia en adictos a drogas endovenosas, bacteremia a Estafilococos aureus, afección de válvula tricúspide, presencia de embolismo pulmonar, ancianos con enfermedad cardíaca e inexplicablemente en habitantes de zonas rurales, presentando más frecuentemente microhematuria e hipocomplementemia. Las complicaciones más frecuentes en pacientes con endocarditis infecciosa con manifestaciones reumáticas son las embolias sépticas, el fallo cardíaco, renal y los abscesos perivalvulares, con una mortalidad general cercana al 30%.⁷

La sacroileítis se manifiesta clínicamente con fiebre y dolor lumbar bajo o glúteo, usualmente unilateral, de inicio agudo o subagudo, que se exacerba con la movilización activa y pasiva de cadera y con la palpación de la articulación sacroiliaca.⁸

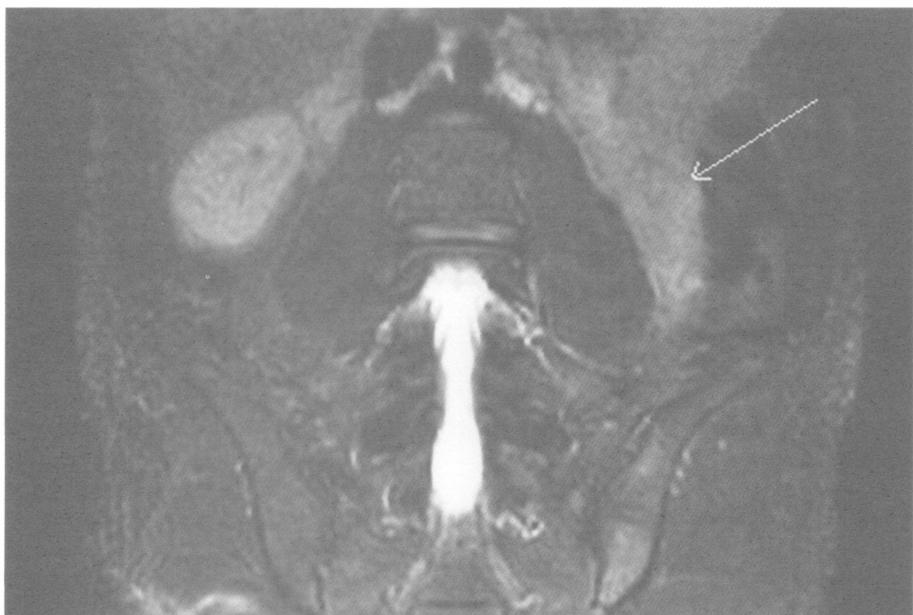


Figura 1- RNM de columna dorsolumbar y cadera izquierda. Hiperintensidad correspondiente al edema de la esponjosa del ilíaco izquierdo. No se evidencia derrame articular.

La RNM es el estudio de elección para su diagnóstico precoz aún en ausencia de derrame articular o absceso, ya que permite detectar tempranamente erosiones, esclerosis subcondral y cambios del cartílago articular⁹, con una sensibilidad y especificidad del 100 y 94,3%, respectivamente.¹⁰

Con respecto al tratamiento, éste es el de la enfermedad de base, antibioticoterapia según hallazgo microbiológico durante 4-6 semanas, inmovilización y analgesia. En general el cuadro articular cede más allá de la segunda semana de tratamiento.¹¹

El objetivo de la presente casuística es recordar la presentación articular, inclusive la sacroileítis como posible inicio de endocarditis bacteriana para su reconocimiento y evitar retraso en el diagnóstico y tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mandell G., Bennett J. Principles and Practice of Infectious Diseases. 4^{ta} ed. Philadelphia: Churchill Livingstone.2000.
2. Elefthernos Mylonakis, MD. Infective Endocarditis in Adults. N. Engl. J. Med. 2001; 345: 1318-1330.
3. Roberts Thomson PJ. Rheumatic manifestations of infective endocarditis. Rheumatology Int. 1992; 12: 61-63.
4. Auzary C., Huong D. Subacute bacterial endocarditis presenting as polymyalgia rheumatica or giant cell arteritis. Clinical and Experimental Rheumatology. 2006; 24: 38-40.
5. Llinas L., Harrington T. Musculoskeletal manifestations as the initial presentation of infective endocarditis. Southern Medical Journal. 2005; 98: 127-128.
6. Dizdar O., Alyamac E. Group B streptococcal facet joint arthritis. Case report. Spine. 2005; 30: 414-416.
7. Larnas C., Boia M. Osteoarticular infections complicating infective endocarditis. A study of 30 cases between 1969 and 2002 in a tertiary referral centre. Scandinavian Journal of Infectious Disease. 2006; 38: 433-440.
8. Slobodin G., Roner I. Sacroiliitis as presenting manifestation of infective endocarditis. Clinical and Experimental Rheumatology. 2001; 19 (1): 109.
9. Murphey MD., Wetzel LH. Sacroiliitis: MR imaging findings. Radiology 1991; 180(1): 239-244.
10. Wittram C., Whitehouse GH. A comparison of MR and CT in suspected sacroiliitis. J. Comput. Assist. Tomogr. 1996. Jan-Feb; 20(1): 68-72.
11. Gonzalez C., Juanatey, MD. Rheumatic manifestations of infective endocarditis in non-addicts. A 12-year study. Medicine (Baltimore) 2001; 80: 9-19.